



# Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

[kp.org/lifecareplan](https://kp.org/lifecareplan) (haga clic en "Español")



# Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

## Introducción

Estas instrucciones por anticipado para la atención médica le permiten compartir sus valores, sus elecciones y sus instrucciones acerca de su futura atención médica. Este formulario puede utilizarse para:

- nombrar a una persona de su confianza para que tome decisiones relacionadas con la atención médica por usted (su agente de atención médica),
- proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro;
- nombrar un agente de atención médica  Y dar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

**La Parte 1** le permite nombrar un agente de atención médica.

**La Parte 2 le da la oportunidad de decir lo que es importante para usted.**

**La Parte 3** le da instrucciones por escrito a su agente acerca de su atención médica en el futuro.

**La Parte 4** expresa sus esperanzas y deseos para guiar la toma de decisiones de su agente.

**La Parte 5** valida legalmente sus instrucciones por anticipado para la atención médica en el estado de Maryland.

**La Parte 6** lo prepara para compartir sus deseos y este registro con otras personas.

Las personas con una afección médica terminal pueden dar instrucciones por anticipado verbalmente en presencia de un médico adjunto o un(a) enfermero(a) con práctica médica y un testigo.

Estas instrucciones por anticipado para la atención médica reemplazarán otras instrucciones por anticipado para la atención médica que usted haya llenado anteriormente. En el futuro, si desea cancelar o cambiar a su agente designado, deberá firmar y escribir la fecha en una cancelación por escrito; cancelar físicamente o destruir su registro o indicar a alguien que lo haga en su presencia; expresar verbalmente su deseo de cancelar el documento a un proveedor de atención médica y a un testigo; o firmar unas instrucciones por anticipado nuevas. Su cancelación entrará en vigor cuando se le avise a su médico adjunto.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



## Parte 1. Mi agente de atención médica

*Cómo elegir un agente de atención médica: Elija a alguien que lo conozca bien, alguien en quien usted confíe que respetará sus puntos de vista y valores y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en momentos estresantes.*

*Una vez que haya escogido a su agente de atención médica, tómese un tiempo para hablar sobre sus opiniones y objetivos de atención con esa persona.*

*Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones acerca de mi atención médica y mi médico y otro médico declaran por escrito que no puedo tomar una decisión informada sobre mi atención médica, elijo a las siguientes personas para hacer cumplir mis deseos y tomar las decisiones acerca de mi atención médica.*

*Mi agente de atención médica debe tomar las decisiones de atención médica idénticas a las instrucciones que manifiesto en este documento y con mis deseos conocidos. Si mi agente no conoce mis deseos, debe tomar las decisiones de atención médica que considere que sean lo mejor para mí, teniendo en cuenta lo que conoce sobre mis valores.*

Este formulario no le otorga a mi agente de atención médica el poder para tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales.

### Mi agente de atención médica principal es:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Si cancelo las facultades de mi agente de atención médica principal o si no está dispuesto o en capacidad de desempeñar sus funciones, nombro a las siguientes personas como mi primera y segunda opciones de agentes sustitutos.

### Primera opción de agente sustituto para la atención médica:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

### Segunda opción de agente sustituto para la atención médica:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_



**Facultades de mi agente de atención médica:**

**A menos que indique lo contrario, mi agente de atención médica tiene las facultades que se mencionan a continuación cuando yo no esté en condiciones de hablar por mí mismo o de tomar mis propias decisiones:**

- A. Tomar decisiones por mí en relación con mi atención médica. Esto implica decisiones acerca de exámenes, medicamentos y cirugía. También implica decisiones para brindar, no brindar o detener todas las formas de atención médica para mantenerme con vida, así como la alimentación por sonda y los líquidos por vía intravenosa (IV).
- B. Revisar y entregar mi historia clínica, según sea necesario, para tomar decisiones.
- C. Decidir qué médico, proveedores de atención médica y organizaciones me proporcionarán la atención médica.
- D. Organizar y tomar decisiones sobre los cuidados de mi cuerpo después de la muerte (incluida la autopsia).

Marque la casilla a continuación si nombró a su cónyuge o pareja doméstica como su agente y si desea que su agente siga siendo su agente incluso si su matrimonio o unión doméstica termina:

- Deseo que mi agente siga siendo mi agente de atención médica incluso si nuestro matrimonio o unión doméstica se disuelve, es anulada o termina.

*Incluya cualquier comentario o límite adicional que desee a la sección anterior. (Por ejemplo, puede nombrar a las personas que usted desea o no desea que tengan participación en las decisiones que se tomen en su nombre. Además, puede especificar las decisiones que no desea que tome su agente). Adjunte páginas adicionales, según sea necesario.*

**Vigencia de esta parte**

(Lea estas dos afirmaciones cuidadosamente. Después, escriba sus iniciales al lado de una solamente).

El poder de mi agente entra en vigor:

\_\_\_\_\_ 1. Inmediatamente después de que yo firme este documento, sujeto a mi derecho de tomar cualquier decisión sobre mi atención médica si yo lo deseo y puedo hacerlo.

(o)

\_\_\_\_\_ 2. En cualquier momento en el que no pueda tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, ya sea porque el médico a cargo de mi atención (médico adjunto) decide que he perdido esta capacidad **temporalmente** o porque mi médico adjunto y un médico de consulta están de acuerdo en que perdí esta capacidad **permanentemente**.



## Parte 2. Mis valores

Deseo que mi agente y mis seres queridos sepan qué me importa más, para que puedan tomar decisiones acerca de mi atención médica que vayan de acuerdo con quién soy y con lo que es de gran importancia para mí.

Para darle una idea de lo que es más importante para mí, me gustaría contarle algunas cosas sobre mí, por ejemplo, cómo me gusta pasar mi tiempo, con quién me gusta estar y qué me gusta hacer. También me gustaría contarle acerca de las circunstancias en que la vida ya no tendría sentido para mí.

### 1. Si hoy fuera un día realmente bueno, estaría haciendo lo siguiente:

### 2. Lo más importante para mí es:

### 3. La vida ya no tendría sentido para mí si no pudiera:



### **Parte 3. Mis instrucciones de atención médica: mis elecciones, mi cuidado**

*En la siguiente situación, le pedimos que piense en un evento repentino e inesperado. Si puede, usted siempre hablará por usted mismo, pero en las situaciones que se mencionan a continuación, piense qué desearía si no pudiera hablar por usted mismo.*

Si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones, solicito que mi agente de atención médica represente mis decisiones, según se indica a continuación, y que mis médicos y mi equipo de atención médica las respeten. Si mi agente de atención médica o mis agentes sustitutos no están disponibles o no pueden tomar decisiones en mi nombre, este documento representa mis deseos.

*Nota: Si usted decide no dar instrucciones por escrito, su agente de atención médica tomará las decisiones de acuerdo con sus deseos verbales. Si no se conocen sus deseos, su agente tomará decisiones basándose en lo que crea que es lo mejor para usted, pensando en sus valores.*

#### **1. Atención para prolongar la vida**

##### **Tenga en cuenta las siguientes situaciones:**

*Usted tiene un accidente o un ataque cerebral repentino.*

*Los médicos han determinado que usted tiene una lesión cerebral que le impedirá reconocerse a sí mismo o a sus seres queridos. Los médicos han informado a su agente o a su familia que no se espera que pueda recuperar estas capacidades. Para poder mantenerlo con vida, se necesitan tratamientos que mantienen la vida, como el uso de un respirador artificial (es decir, una máquina de respiración) o una sonda de alimentación. En esta situación, ¿qué es lo que desearía?*

##### **Desearía que me mantengan cómodo y:**

**elija una opción**

- Desearía que DETENGAN los tratamientos que mantienen la vida. Entiendo que es probable que esto provoque mi muerte antes de lo que sucedería si continuara recibiendo la atención que me mantiene con vida.
- Desearía que los tratamientos que mantienen la vida continuaran tanto como fuera posible.

*Dé instrucciones adicionales sobre los tratamientos que mantienen la vida. Por ejemplo, es posible que quiera indicar un lapso específico de tiempo durante el cual desee que lo mantengan vivo si no hay cambios en su salud.*



## 2. RCP (reanimación cardiopulmonar)

La RCP trata de devolver la vida a una persona cuando deja de respirar y de latirle el corazón. Puede involucrar compresiones cardiacas (ejercer presión sobre el tórax para que el corazón se contraiga), medicamentos, choques eléctricos y la colocación de un tubo de respiración.

Tiene opciones acerca de la RCP. Ésta puede salvar vidas. No es tan útil como creen las personas. La RCP funciona mejor si se hace con rapidez, a los pocos minutos, en un adulto sano. Cuando se realizan maniobras de RCP, se pueden producir fracturas de costilla, perforación de los pulmones o daño cerebral como consecuencia de la falta de oxígeno.\* Si le gustaría obtener información adicional sobre la RCP, pida el folleto llamado **CPR: My Choice** (RCP: mi elección).

### Si su corazón deja de latir y usted deja de respirar, ¿qué desearía?

- elija una opción** {
- Quiero que siempre me hagan maniobras de RCP.
  - No quiero que me hagan maniobras de RCP, prefiero que se me permita morir de manera natural.†
  - Quiero que me hagan maniobras de RCP, a menos que el médico que me trata decida alguna de las siguientes condiciones:
    - tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo, O
    - no tengo posibilidades razonables de vivir si mi corazón o respiración se detiene, O
    - tengo pocas posibilidades de vivir si mi corazón deja de latir o si dejo de respirar, y el proceso de RCP me causaría un dolor grave.

\* Las investigaciones indican que si está en el hospital y le hacen RCP, usted tiene un 22% de probabilidades de que las maniobras funcionen y salir del hospital con vida.

Ehlenbach, W., Barnato, A. E., Curtis, J. R., et al (2009). Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 361:22-31. Girotra, S., Brahmajee K., Nallamotheu, M.D., et al (2012). Trends in survival after cardiac arrest. *New England Journal of Medicine*, 167:1912-20.

† Si está seguro de que no quiere recibir RCP, presente a su médico otros documentos que es posible que desee llenar con él.



## Parte 4. Mis esperanzas y deseos (opcional)

### 1. Mis pensamientos y sentimientos acerca de dónde preferiría morir:

### 2. Quiero que mis seres queridos sepan que si estoy cercano a mi muerte, me gustaría tener lo siguiente para mi comodidad y apoyo (oraciones, rituales, música, etc.):

### 3. Afiliación religiosa o espiritual:

Soy \_\_\_\_\_ (religión) y soy miembro de (grupo religioso/espiritual) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ en (ciudad) \_\_\_\_\_

(número de teléfono) \_\_\_\_\_. Me gustaría que mi agente les diga si estoy gravemente enfermo o estoy muriendo. En mi funeral, si fuera posible, me gustaría incluir lo siguiente (personas, música, rituales, etc.):

### 4. Otros deseos e instrucciones:

### Donación de órganos

Si considero donar sus órganos cuando muera, puede declarar su condición de donante al obtener o renovar la licencia de conducir o registrándose en el registro de donantes que se encuentra en <http://www.donatelifemaryland.org/> (haga clic en "Español").



## Parte 5. Validación legal de este documento

Para que sus instrucciones por anticipado para la atención médica tengan validez legal en Maryland, deben estar firmadas por dos testigos adultos:

### Dos testigos

1. Su agente de atención médica no puede ser un testigo y al menos uno de los testigos no puede tener derecho a ningún beneficio financiero tras su muerte.
2. Cuando esté con sus testigos, firme o reconozca su firma.
3. Los testigos firmarán en la página 9.
4. Usted firmará a continuación.

### MI FIRMA

Nombre completo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:**

Declaro bajo pena de falso testimonio según las leyes de Maryland que:

1. conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció estas instrucciones por anticipado para la atención médica o que se presentaron pruebas convincentes de su identidad;
2. la persona firmó o reconoció estas instrucciones por anticipado para la atención médica ante mí;
3. la persona parece estar en su sano juicio y libre de amenazas, fraude o influencias indebidas; y
4. no se me ha designado como agente por medio de estas instrucciones por anticipado para la atención médica.

**Primer testigo:**

Nombre completo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Segundo testigo:**

Nombre completo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por lo menos un testigo no debe tener derecho a ninguna herencia o beneficio financiero tras la muerte de la persona. Si no tiene derecho a ninguna herencia, coloque su inicial en esta línea \_\_\_\_\_.



## Parte 6. Siguiendo pasos

Ahora que ha terminado de redactar sus instrucciones por anticipado para la atención médica, también debería dar los siguientes pasos.

### Converse:

1. Revise sus deseos sobre la atención médica con la persona a quien le ha pedido que sea su agente (si no lo ha hecho). Asegúrese de que puede llevar a cabo esta importante tarea por usted en el futuro.
2. Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que puedan involucrarse si usted tuviera una enfermedad o una lesión grave. Asegúrese de que sepan quién es su agente de atención médica y cuáles son sus deseos.

### Entregue copias:

1. Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su agente de atención médica.
2. Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su médico o al Departamento de Historias Clínicas de Kaiser Permanente local.
3. Haga una copia para usted y guárdela donde se pueda encontrar con facilidad.

### Llévelas con usted:

1. Si acude a un hospital o a un hogar para ancianos o para enfermos graves lleve una copia de sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud y pida que la incluyan en su historia clínica.
2. Lleve una copia con usted en todo momento que esté lejos de su casa durante un tiempo largo.

### Revise frecuentemente:

1. Revise sus deseos sobre atención médica cuando se presente alguna de las "cinco D":
  - Década:** cada vez que empiece una nueva década de su vida.
  - Defunción:** cuando sufra la muerte de un ser querido.
  - Divorcio:** cuando se divorcie o experimente otro cambio importante en su familia.
  - Diagnóstico:** cuando le diagnostiquen una afección médica grave.
  - Deterioro:** cuando sienta un deterioro o desmejoramiento importante de una afección médica existente, en especial cuando no pueda vivir solo.

### Cómo cambiar sus instrucciones por anticipado para la atención médica:

Si sus deseos cambian, llene un documento de instrucciones por anticipado para la atención médica nuevas, avise a su agente y a su familia y dé una copia a Kaiser Permanente.

### Se han entregado copias de este documento a:

- Agente primario (principal) para la atención médica      Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Agente de atención médica suplente n.º 1      Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Agente de atención médica suplente n.º 2      Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Proveedor de atención médica/clínica      Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Otros:      Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



**Notas:**

**Notas:**

**Notas:**

# Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

**¿Necesita ayuda adicional?  
[kp.org/lifecareplan](https://kp.org/lifecareplan) (haga clic en "Español")**

[kp.org/espanol](https://kp.org/espanol)

